

HEMORRAGIES DIGESTIVES BASSES ABONDANTES

Principales causes – Conduite à tenir

K. VAHEDI, Ph. MARTEAU
Hôpital Lariboisière

Hémorragies digestives basses (HDB)

- Rectorragies et/ou méléna
- Origine colique: 80% des cas
- Prise en charge moins bien codifiée que les hémorragies digestives hautes

EPIDEMIOLOGIE

- 4 à 5 fois moins fréquentes que les HD hautes
- Incidence: 20-30 / 100 000 habitants / an
- Plus élevée chez l'homme et sujet âgé
 - ✓ Risque x 200 à 80 ans vs 30 ans
 - ✓ Âge moyen de survenue: 63-77 ans

Farrell, Aliment Pharma Ther 2005
Peura, Am J Gastro 1997
Longstreth Am J Gastr 1997

PRONOSTIC

- Arrêt spontané du saignement : 80%
- Pronostic moins sévère que les HD hautes
 - Choc hémorragique: 19% vs 35%
 - Transfusion: 36% vs 64%
 - Anémie: 61% vs 84%
- Mortalité: 2 à 4 %
- Mortalité supérieure chez les malades hospitalisés (23%)
- Indication chirurgicale: 10-15%

Farrell, Aliment Pharma Ther 2005

Leitman, Ann Surg 1989

Richter, Gastrointest Endosc 1995

Zuckerman, Gastrointest Endosc 1998

PRISE EN CHARGE INITIALE (1)

➤ Objectifs:

- poser le diagnostic d'HDB
- établir son type: sang rouge vif, rouge foncé, méléna
- évaluer le caractère actif et persistant ou non du saignement
- apprécier la gravité (signes de choc, Hb, etc...)
- prendre les mesures initiales de réanimation

PRISE EN CHARGE INITIALE (2)

➤ Orientation diagnostique:

- âge +++
- évolution du saignement dans les premières heures
- terrain: antécédent d'HDB, de diverticulose, de prise médicamenteuse, de radiothérapie, d'athérosclérose, HTP, ulcère GD, etc...
- signes associés: douleurs, diarrhée, fièvre etc...
- données de l'examen clinique: TR + examen proctologique (hémorroïdes, cancer rectal)

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE (1)

4 situations différentes

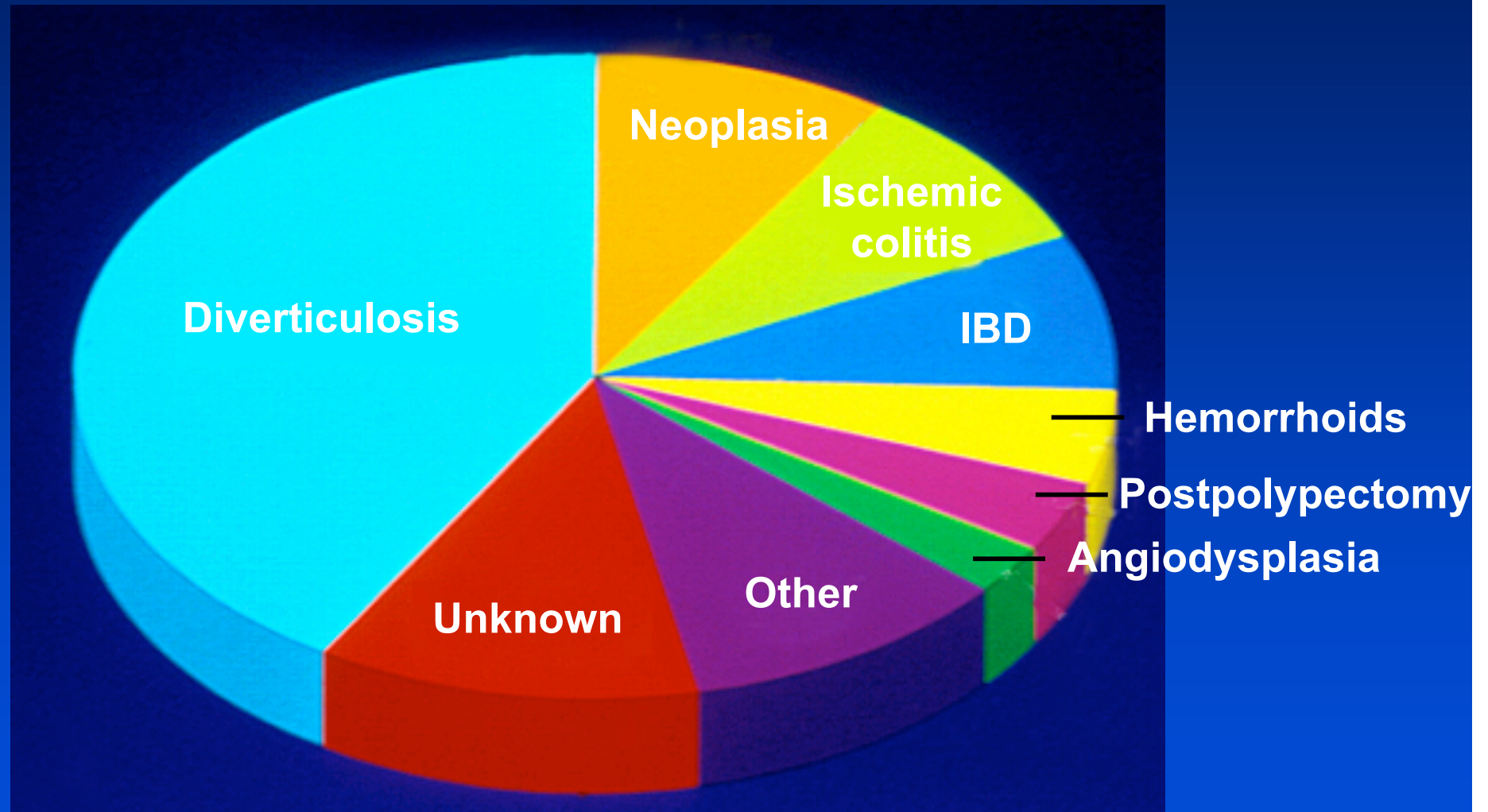
 HDB massives menaçant le pronostic vital

 HDB actives peu sévères persistantes

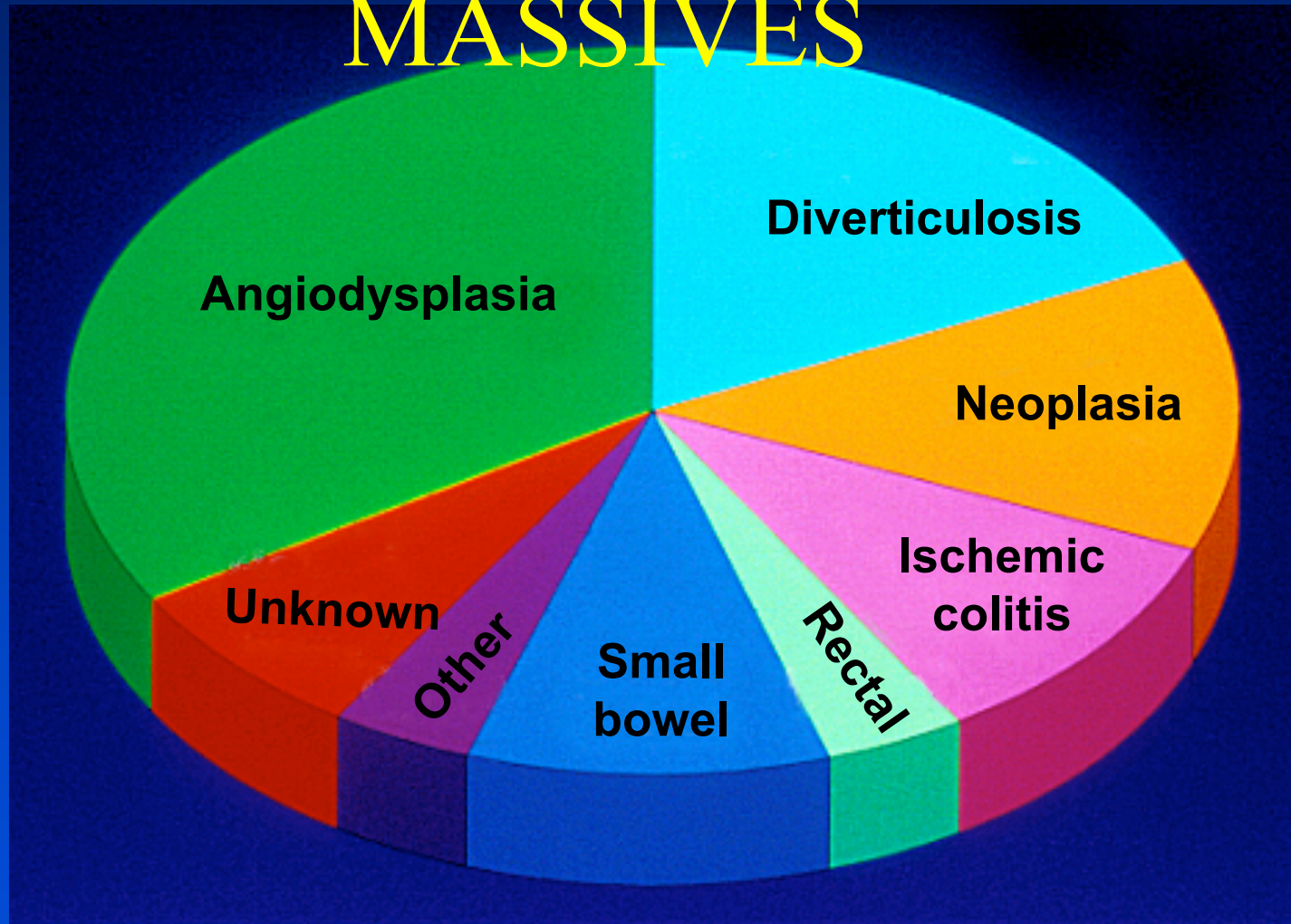
 HDB peu sévères ayant cessé spontanément

 HDB intermittentes

ETIOLOGIE DES HDB tout venant



ETIOLOGIE DES HDB MASSIVES



STRATEGIE DIAGNOSTIQUE (2)

Intérêt majeur de la coloscopie:

- mise en évidence du site du saignement, de son caractère actif ou des stigmates de saignement récent
- diagnostic étiologique
- intérêt thérapeutique

- MAIS:
 - Difficulté de la réaliser en urgence (réanimation)
 - Préparation
 - Accès aux techniques d'hémostase, expérience
 - Complications (sujets âgés: 0,25-5%)

HDB MASSIVES (1)

- Eliminer une cause haute par une endoscopie haute +++
(origine haute = 10-15%)
 - Eliminer une cause rectale ou proctologique
 - Discussion rapide entre recto-sigmoidoscopie, coloscopie sans préparation et artériographie
-

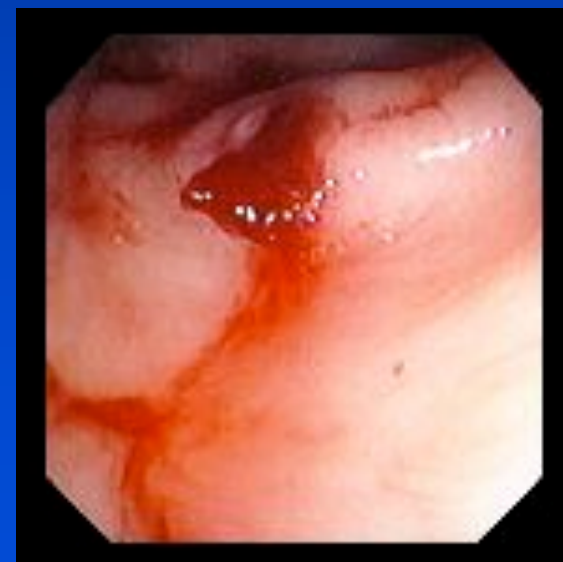
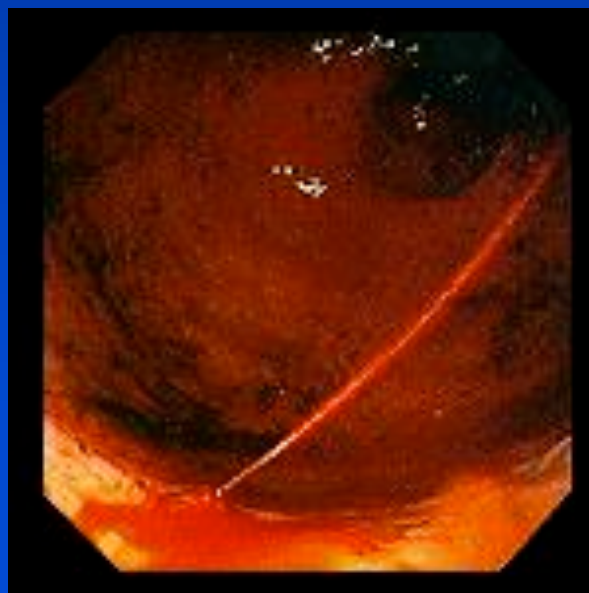
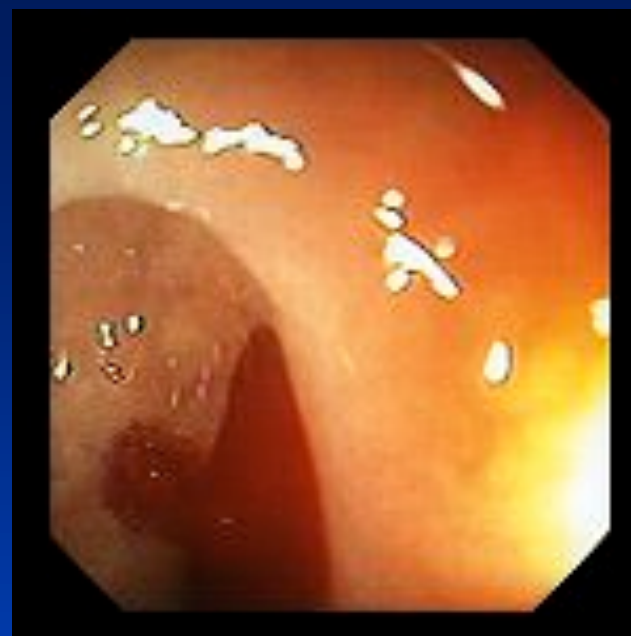
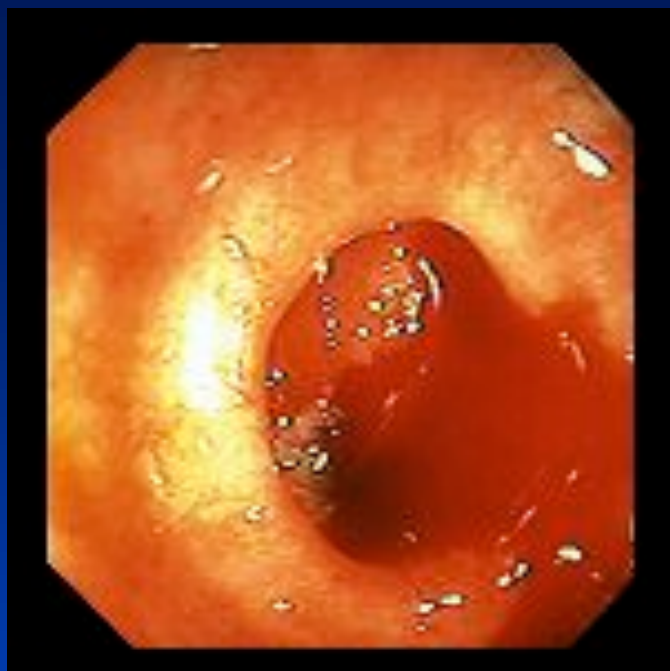
HDB MASSIVES (2)

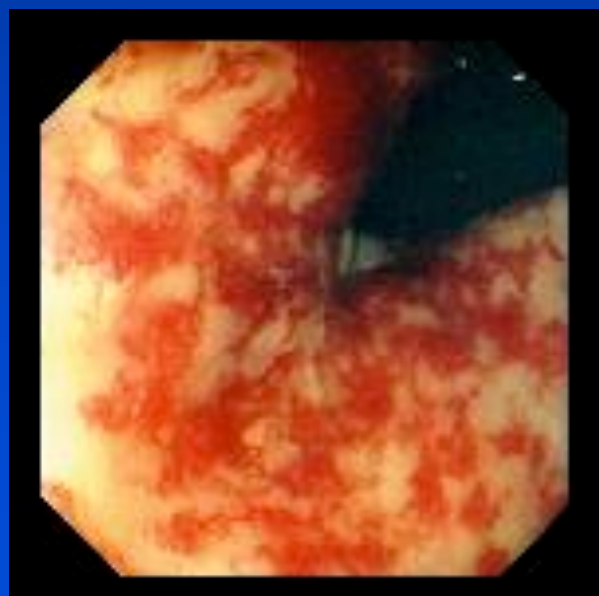
- Recto-sigmoidoscopie:
 - facile, après préparation basse rapide sans AG
 - tolérance médiocre, rentabilité diagnostique 10%

 - Coloscopie totale en urgence (12-24h):
 - réalisable en urgence en 1^{ère} intention
 - diagnostique et thérapeutique
 - si possible préparation (3-4 l de PEG en 3-6 h)
 - rentabilité diagnostique meilleure si réalisation précoce +++

 - Si échec: artériographie, voire chirurgie
-

Auteurs	n	Diagnostic positif (%)	Traitement endoscopique (%)	Coloscopie incomplète (%)
Jensen 1988	80	85	48	0
Richer 1995	78	90	13	11
Geller 1997	524	42	17	2
Kok 1988	190	78	5	16
Prokash 1998	30	60	6	0
Chaudhry 1998	85	97	31	2
Ohyama 2000	345	89	14	45





Traitement endoscopique des angiodysplasies

- Plasma argon ++
- Electrocoagulation
- Sclérothérapie



- Efficace sur le saignement actif
- Récidive 50% à 3 ans... maladie générale chez bcp de malades

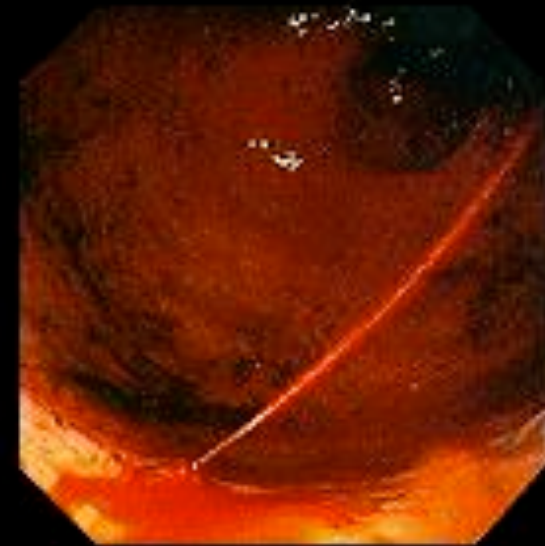
Traitement endoscopique des diverticules hémorragiques

- Injection sclérosante ++
 - Clips
 - Electrocoagulation
-
- Efficace sur le saignement actif



Traitement endoscopique des ulcérations ponctuelles hémorragiques

- Clips
- Injection sclérosante
- Electrocoagulation
- Efficace sur le saignement actif



HDB intermittente de diagnostic difficile

➤ Situation difficile

➤ **Souvent pas de diagnostic certain car lésions d'imputabilité incertaine**

➤ Indication à une coloscopie en première intention, mais:

- rentabilité non évaluée
 - que faire en cas de négativité: multiplier les explorations ou traitement ?
 - problème de l'imputabilité des lésions vues
(angiodysplasies, diverticules)
-

CONCLUSIONS

- HDB : plus souvent d'origine colique
- Examen clé = coloscopie totale
- Causes et rentabilité des explorations dépendent du terrain et surtout de la présentation clinique de l'hémorragie (abondance, persistance ou non)
- Impact sur l'organisation de la prise en charge en urgence

➤ Coexistence avec HDB à des lésions difficile